

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2131 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LARAKI Moustapha

Date de naissance : 01-12-1954

Adresse : 6404 EL TISSEMENT KMAJA Jezzara

Tél. : 0661567283 Total des frais engagés : 250 + 510, 60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/06/2023

Nom et prénom du malade : LARAKI Moustapha Age : 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

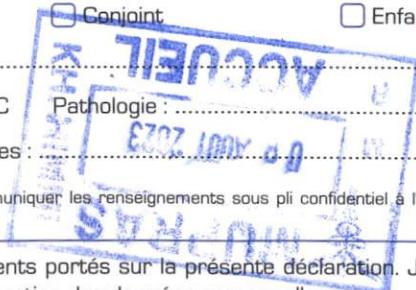
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Maroc Le : 01/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : Signature



MUPRAS
RECEPTION
Autres

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/06/2023	S		260,00.	<i>Dr. S. S. Vénere et Dermatologie 3^e étage, V. Hay A. Berrechid</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE D'AROUA Boulevard de l'Indépendance BLOC U N°1 Daroua Tél : 05 22 53 20 83	22/06/23	510,80

062049176
INPE

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B
00000000	00000000

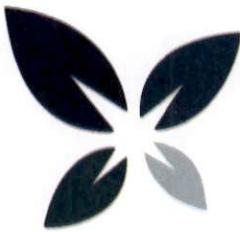
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Samira SABER

Dermatologue - Vénéréologue

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers
de l'Université de Besançon, France
Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,
Allergies, Chirurgie Dermatologique,
Médecine Esthétique, Lasers



الدكتورة سميرة صابر

العصاية في الأمراض الجلدية والتالسية

طبية داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد
حاملة شهادة طب التجميل والليزر من جامعة برسون
فرنسا
أمراض الجلد، الشعر والأظافر - الحساسية - جراحة الجلد
طب التجميل - الليزر

Le :

22/06/2013

Arabe Nutroplus

147.90

S.V

S.P

1) Laver le corps avec Myogel

275.60

Preneut

S.V

S.P

Keluel

Dermatol gel

Myogel solut

1 mois

105

87.30

Dermofix

S.V

(N°2)

3)

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc U.N° 1 Daroua
Tél : 05 22 53 20 83

510.80

R.W 315

8730

ACL : 7005650
CNP : 6478123

147.90

Lot:

Exp:



3 660398 500215



(près de la mosquée Azzahra), Berrechid

3، شارع محمد الخامس حي الزهراء الطابق الثاني ، قرب مس

dermato@gmail.com - Tél./Fax : 05 22 32 44 77

Dr. Samira SABER
Dermatologue - Vénéréologue
1- Rue Mohamed V, Hay Azzahra
2ème étage, Berrechid
Tél./Fax : 05 22 32 44 77